

# Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? Stresse em doentes diabéticos com e sem complicações crónicas da doença (\*)

ISABEL SILVA (\*\*)

JOSÉ PAIS-RIBEIRO (\*\*\*)

HELENA CARDOSO (\*\*\*\*)

A diabetes *mellitus* é uma doença crónica muito frequente na nossa sociedade. Em 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimava que o número de pessoas com diabetes no mundo atingisse os 177 milhões. Em Portugal, calcula-se que existam entre 400 a 500 mil diabéticos e estima-se que esse número continue a aumentar drasticamente.

A OMS considera ainda que, no mundo, o número de mortes relacionado com a diabetes é de, aproximadamente, 4 milhões de pessoas por ano e, em Portugal, esta doença constitui a quarta causa de morte (e sabemos que, provavelmente, o número de mortes se encontrará subestimado).

Com o passar dos anos, as pessoas com diabetes podem vir a desenvolver uma série de complicações, que podem ter um espectro espantosamente alargado. Não existe praticamente nenhum órgão ou sistema orgânico que não possa ser afectado por esta doença e aproximadamente 40% das pessoas com diabetes vem a desenvolver complicações tardias da diabetes. Estas complicações evoluem de uma forma silenciosa e, muitas vezes, já estão instaladas há algum tempo quando são detectadas.

As variáveis psicológicas que têm vindo a ser foco de análise no contexto da diabetes e suas sequelas são numerosas, destacando-se a adesão ao tratamento, ansiedade, depressão, estratégias adoptadas para lidar com a doença, stresse, auto-estima, auto-conceito, intrusividade, crenças relacionadas com a diabetes e seu tratamento, entre outras. Porém, parece comum a tão distintas áreas de interesse o facto destas serem abordadas de uma perspectiva negativa.

Desde a II Guerra Mundial, a Psicologia consagrou-se à cura, concentrando-se na reparação do dano, com base num modelo de doença para a compreensão do comportamento humano. Esta quase exclusiva atenção à patologia conduziu a

---

(\*) Trabalho realizado com o apoio da bolsa Praxis XXI BD/21804/9 da Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

(\*\*) Hospital Geral de Santo António – Serviço de Endocrinologia.

(\*\*\*) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

(\*\*\*\*) Hospital Geral de Santo António – Serviço de Endocrinologia e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.

um desequilíbrio entre as fraquezas e forças do ser humano e a uma negligência de conceitos positivos, de que são exemplo a realização, qualidades, virtudes, recursos, satisfação, bem-estar, prazer, felicidade, optimismo, esperança e prosperidade da comunidade, bem como daquilo que faz com que a vida valha a pena ser vivida (Maddux, 2002; Seligman, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Na última década do século XX e início do presente século, parece afirmar-se na Psicologia o interesse em entender e promover os factores que permitem aos indivíduos, comunidades e sociedades florescer.

A abordagem das variáveis psicológicas relacionadas com a diabetes parece reflectir esta herança da Psicologia, tendo vindo a centrar-se, de igual forma, particularmente nos aspectos negativos.

Entre essas variáveis estudadas salienta-se o stress. Nos anos 80, despertou o interesse pelo estudo da relação entre stress e diabetes, ou mais especificamente, entre aquele e o controlo glicémico, estimulado pela evidência crescente de que existe uma associação causal entre a hiperglicemia crónica e as subsequentes complicações da diabetes. Reflexo desse interesse são os estudos desenvolvidos pelo *Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT) e pelo *United Kingdom Prospective Diabetes Study Group* (UKPDS).

É amplamente reconhecido que o stress pode precipitar o início da diabetes e que desempenha um papel importante ao longo do curso desta doença, existindo boas razões teóricas para esperar que a gestão do stress seja valiosa para o tratamento desta doença (Bradley, 1988; Bradley, 1994; Casteleiro, 2001).

É usualmente aceite que a actividade do sistema nervoso simpático relacionada com o stress perturba o controlo da diabetes, pela mobilização das hormonas contra-reguladoras, e que as intervenções de gestão do stress promovem a actividade do sistema nervoso parassimpático, contrariando os efeitos do stress. Todavia, os indivíduos parecem diferir na extensão em que as técnicas de gestão do stress são benéficas (Bradley, 1988).

Para alguns investigadores, existe uma evidência crescente de que as técnicas de gestão do stress poderão constituir uma valiosa ajuda para a gestão da diabetes para alguns indivíduos, enquanto podem ser completamente inúteis ou,

até mesmo, prejudiciais para outros (Feinglos, Hastedt, & Surwit, 1987; Surwit & Feinglos, 1983; Surwit et al., 2002). Para outros autores, esta ampla incoerência ao nível dos resultados, que poderá resultar do desprezo a que têm sido votadas as diferenças individuais dos doentes nestes estudos, não fornece um apoio suficientemente forte para que as técnicas de gestão do stress sejam utilizadas como tratamento complementar na diabetes (Bradley, 1994; Czyzewski, 1988).

Algumas das técnicas cuja utilização é sugerida pela literatura para lidar com situações em que o deficiente controlo metabólico parece ser mediado pelo stress são o relaxamento, o *biofeedback*, a modelagem, resolução de problemas, apoio dos pares e treino de competências sociais (Czyzewski, 1988). Mas a técnica que é, sem dúvida, mais amplamente estudada é a primeira.

As abordagens do stress que usam técnicas de relaxamento conduzem a resultados pouco claros ou contraditórios (Aikens, Kiobasa, & Sobel, 1997; Fisher, Delamater, Bertelson, & Kirkley, 1982). Segundo Bradley (1994), a evidência sugere que as técnicas de relaxamento podem ser benéficas para os indivíduos que sentem que o stress perturba o seu controlo glicémico e que estão a experimentar um stress considerável. Porém, acrescenta que é pouco provável que as técnicas de relaxamento tenham efeitos negativos, excepto se os indivíduos apresentarem um excelente controlo metabólico e não se fizer a devida correcção nas unidades de insulina ou quando os valores de glicemia já se encontram baixos, uma vez que, em ambas as situações, o doente corre o risco de ter uma crise hipoglicémica.

Cox e Gonder-Frederick (1992) consideram que o treino do relaxamento é benéfico para os doentes com diabetes tipo 2, mas que os resultados em relação à diabetes tipo 1 são inconsistentes. Por sua vez, Surwit et al. (2002) constataram que o treino de técnicas de gestão do stress está associado a uma pequena, mas significativa, redução no valor de hemoglobina A1c em doentes com diabetes tipo 2.

De uma forma geral, os efeitos positivos do relaxamento são mais frequentemente observados do que os efeitos negativos, mesmo nos indivíduos com diabetes tipo 1 com bom controlo metabólico antes do treino de relaxamento.

Um mecanismo pelo qual as técnicas de relaxamento podem ser benéficas para o controlo me-

tabólico é a redução das alterações de humor que, por sua vez, reduz a variabilidade da corrente sanguínea na pele e, consequentemente, a variabilidade da absorção da insulina injectada subcutaneamente. Um outro mecanismo pelo qual as técnicas de gestão do stress podem contribuir para melhorar o controlo glicémico é pela mediação comportamental, minimizando os comportamentos perturbados associados a períodos de stress (Bradley, 1988).

As intervenções de gestão do stress podem quebrar o ciclo vicioso, no ponto em que os acontecimentos de vida causam mudança na glicose do sangue, quer influenciando a actividade de determinadas hormonas, quer minimizando as reacções comportamentais a esses acontecimentos. O ciclo vicioso também pode ser quebrado no ponto em que a perturbação glicémica aumenta o número de acontecimentos de vida se o indivíduo usar o relaxamento para lidar com o humor disfórico associado aos níveis de glicemia no sangue (Bradley, 1988).

A relação entre stress psicológico e diabetes demonstra ser mais complexa do que se cria inicialmente – a diabetes e o stress podem influenciar-se de forma mútua, directa e indirectamente, existindo entre eles uma relação bidireccional (Cox & Gonder-Frederick, 1992; Fisher et al., 1982; Lloyd et al., 1999), e as técnicas para a gestão do stress podem ter um impacte diferente conforme os indivíduos.

Mais recentemente, a investigação começou a debruçar-se sobre a relação entre a presença de complicações crónicas da diabetes e o stress revelado pelos doentes. Alguns estudos têm demonstrado que os doentes com uma ou mais complicações crónicas apresentam valores de stress mais elevados do que os doentes sem complicações crónicas (Herschbach et al., 1997).

No presente estudo, procurámos perceber se existem diferenças ao nível do stress entre doentes diabéticos que sofrem de complicações crónicas da doença e doentes sem diagnóstico de sequelas e tentámos reflectir sobre o seu significado.

## MÉTODO

### *Participantes*

Foram avaliados 316 indivíduos com diabetes,

55,4% do sexo feminino; com idades compreendidas entre 16 e 84 anos ( $M=48,39$ ;  $DP=16,90$ ); variando o seu nível de escolaridade entre zero e 17 anos ( $M=6,59$ ;  $DP=4,25$ ); dos quais 59,8% apresentava complicações crónicas da doença.

### *Material*

Os participantes responderam à Escala de Avaliação de Acontecimentos de vida e à *Hospital Anxiety and Depression Scale*:

*Escala de Avaliação de Acontecimentos de vida* (LES) – A LES, instrumento de avaliação do stress através dos acontecimentos de vida ocorridos ao longo do último ano, foi desenvolvida por Sarason, Johnson e Siegel (1978). É um instrumento de auto-relato constituído por 47 itens, que permitem ao respondente indicar acontecimentos que tenha experimentado ao longo do último ano, avaliando-os separadamente em relação à sua desejabilidade e ao impacte que tiveram na sua vida. Demonstra vantagem sobre outras escalas ao fazer a importante distinção entre os acontecimentos de vida desejáveis ou indesejáveis, bem como ao permitir ao respondente avaliar o grau de impacte que esses acontecimentos tiveram na sua vida. A escala demonstra ser bem aceite pela população diabética e os seus itens provaram conservar-se actuais, apesar de datarem dos anos 70 e de alguns se terem baseado nos de instrumentos desenvolvidos ainda nos anos 60. O formato da LES leva os respondentes a avaliarem separadamente se os acontecimentos são desejáveis ou indesejáveis e a intensidade do seu impacto. Este instrumento permite-nos avaliar separadamente stress positivo, stress negativo e stress total revelado pelo indivíduo ao longo do último ano. Os resultados do estudo da versão portuguesa da LES sugerem que este poderá constituir um instrumento importante para investigação, dado apresentar uma razoável fidelidade e as suas duas subescalas se relacionarem de forma significativa com medidas dependentes do stress, nomeadamente com a ansiedade e a depressão (Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2003).

*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) – Escala de auto-resposta desenvolvida por Zigmond e Snaith, em 1983, e que tem como objectivo identificar de forma válida, fiel e prática sintomas de depressão e ansiedade. Apresenta como importante vantagem sobre outras escalas o

facto de ter sido concebida de forma a evitar indicadores físicos, que pudessem induzir em erro na avaliação de populações médicas. A versão portuguesa da escala (ainda em estudo – Ribeiro, Baltar, Ferreira, Meneses, Martins, & Silva) revela ser de fácil compreensão, resposta rápida e bem aceite pelos respondentes. Trata-se de uma escala fiel e possui uma razoável validade convergente-discriminante.

### *Procedimento*

Os participantes responderam aos questionários no contexto de uma entrevista pessoal, após consentimento informado. Os dados relativos à presença de complicações crónicas da diabetes foram recolhidos a partir dos processos médicos dos doentes.

## RESULTADOS

Procedeu-se à análise dos dados através da utilização do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 12 para Windows.

Os resultados sugerem que os doentes diabéticos que sofrem de complicações crónicas da doença não se distinguem de forma estatisticamente significativa dos doentes sem sequelas da diabetes quanto ao stress negativo revelado ao longo do último ano. Todavia, uma análise cuidadosa dos dados também revela que os dois grupos de doentes se distinguem quanto ao stress positivo ( $t(314)=4,12$ ;  $p<0,0001$ ) e ao stress total ( $t(314)=3,40$ ;  $p<0,01$ ) nesse período de tempo. Observou-se que os doentes com complicações crónicas não só revelam menos stress positivo ( $M=3,87$ ;  $DP=4,86$  /  $M=6,69$ ;  $DP=6,58$ ), como também revelam menos stress total ( $M=5,25$ ;  $DP=3,27$  /  $M=7,15$ ;  $DP=5,69$ ) quando comparados com os indivíduos diabéticos sem sequelas da doença.

Os dois grupos de doentes distinguem-se, ainda, em relação aos sintomas de depressão ( $t(314)=2,31$ ;  $p<0,05$ ), mas não quanto aos sintomas de ansiedade. Os indivíduos com complicações crónicas da diabetes revelam maior nível de depressão ( $M=5,90$ ;  $DP=4,51$ ) do que aqueles a quem não foram diagnosticadas sequelas da doença ( $M=4,75$ ;  $DP=4,11$ ).

A análise dos dados revela, também, a exis-

tência de uma correlação estatisticamente significativa, ainda que fraca, entre os sintomas de ansiedade e o stress negativo ( $r(316)=0,39$ ;  $p<0,0001$ ) e aqueles e o stress total ( $r(316)=0,19$ ;  $p<0,01$ ). Todavia, estes sintomas não revelam estar correlacionados de forma estatisticamente significativa com o stress positivo.

Finalmente, os sintomas de depressão revelam estar correlacionados de forma estatisticamente significativa com o stress positivo ( $r(316)=-0,19$ ;  $p<0,01$ ) e com o stress negativo ( $r(316)=0,28$ ;  $p<0,0001$ ), ainda que essa correlação seja fraca. Porém, estes sintomas não se correlacionam de forma estatisticamente significativa com o stress total.

## DISCUSSÃO

Ao contrário do que poderíamos esperar, os doentes com complicações crónicas da diabetes não revelam apresentar maior stress negativo do que os restantes doentes. Porém, parecem apresentar menor stress positivo na sua vida ao longo do último ano.

Ao sistematicamente valorizarmos uma perspectiva negativa das variáveis psicológicas que estudamos, estamos simultaneamente a negligenciar aspectos relevantes. Quando, na análise do stress, salientamos apenas o impacto dos acontecimentos negativos na vida dos indivíduos com doença crónica ou a doença crónica como fonte de stress negativo, criamos um viés na forma como planeamos possíveis estratégias de intervenção psicológica dirigidas a estes doentes.

A literatura revela ser profícua em análises sobre a eficácia da utilização de estratégias de gestão do stress como o relaxamento muscular progressivo, treino autogénico, *biofeedback*, modelagem, resolução de problemas, apoio dos pares e treino de competências sociais em doentes diabéticos. Porém, mostra-se omissa no que concerne à análise e intervenção sobre a dificuldade dos indivíduos com diabetes perceberem os acontecimentos que ocorrem na sua vida como positivos.

Para além disso, é possível que a não distinção, na grande maioria dos estudos, entre stress positivo e stress negativo contribua para a inconsistência dos resultados encontrados pelos diferentes estudos.

Será legítimo, a partir dos resultados revela-

dos pelo presente estudo, colocar a hipótese de que a utilização de técnicas de gestão do stress centradas exclusivamente em experiências negativas, nomeadamente de tensão, seja insuficiente para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com diabetes que sofrem de complicações crónicas da doença.

Parece-nos importante, também, o desenvolvimento de futuros estudos que permitam perceber se os doentes diabéticos com sequelas sofrem de uma dificuldade em perceber o lado positivo da vida ou para compreender o que faz com que a sua vida valha a pena ser vivida, bem como se essa dificuldade antecede ou é consequência do aparecimento dessas complicações crónicas.

Os doentes com e sem sequelas distinguem-se, como referimos, quanto ao nível de sintomas depressivos, mas não em relação ao nível de ansiedade. Por outro lado, também constatámos que os sintomas de depressão revelam estar correlacionados de forma negativa e estatisticamente significativa com o stress positivo.

Algumas das perspectivas que procuram explicar a ansiedade e a depressão podem contribuir para uma maior compreensão destes resultados.

Alguns investigadores defendem que ansiedade e depressão não são conceitos fenomenologicamente diferentes e facilmente distinguíveis e que as medidas dos dois construtos se correlacionam, porque muitos dos sintomas avaliados pelos instrumentos são não específicos. Sugerem que existe um factor de distresse geral – frequentemente denominado afecto negativo –, comum aos dois estados afectivos (Burns & Eidelson, 1998).

Destacaremos aqui a perspectiva de Watson e Tellegen (1985), que definem dois factores: o afecto positivo e o afecto negativo. Apesar destas denominações sugerirem que se tratam de dois extremos de um mesmo *continuum*, alguns autores crêem tratar-se de factores ortogonais, dimensões independentes e não correlacionadas ou com baixa correlação entre elas (Galinha & Pais Ribeiro, 2004; Watson, 1988a; Watson, 1988b; Watson & Tellegen, 1985). O afecto positivo envolve experiências que dão prazer (como, por exemplo, sentir-se entusiasmado, activo, alerta, determinado), enquanto o afecto negativo se refere a sentimentos de transtorno e de estimulação desagradável (como, por exemplo, sentir culpa,

medo, receio, hostilidade, tristeza, letargia, distresse). Estes dois afectos desempenham um papel importante na discriminação entre a ansiedade e a depressão, pois, ainda que o afecto negativo elevado seja um componente comum às duas perturbações, o baixo afecto positivo é relativamente específico da depressão (Clark, Beck, & Stewart, 1990; Clark & Watson, 1991; Watson, 1988a; Watson, Clark, & Carey, 1988; Watson, Clark, & Tellegen, 1988; Watson & Tellegen, 1985).

Clark e Watson (1991) formularam um modelo teórico, denominado Modelo Tripartido, que oferece uma ponte entre vários modelos teóricos e que sublinha as diferenças entre ansiedade e depressão. De acordo com este modelo, os sintomas de depressão e de ansiedade podem ser divididos em três grupos (Watson et al., 1995). Em primeiro lugar, muitos sintomas dos dois construtos são fortes sinais de distresse ou afecto negativo e não são específicos, isto é, esses sintomas são experimentados quer pelos indivíduos ansiosos, quer pelos deprimidos. Este grupo não específico inclui sintomas que se destacam nos dois tipos de perturbação, como insónia, irritabilidade e dificuldade de concentração, sintomas esses que são os responsáveis pela forte associação entre medidas de ansiedade e de depressão. Todavia, cada construto é caracterizado por um grupo único de sintomas. Se a anedonia (ausência de experiências emocionais positivas) é relativamente específica da depressão, manifestações somáticas de tensão e estimulação são relativamente específicas da ansiedade. Este modelo defende que a depressão e ansiedade são melhor diferenciadas se não enfatizarmos os sintomas não específicos e nos focarmos nos grupos de sintomas únicos.

Estes modelos são apoiados por alguns estudos, nomeadamente por um estudo realizado por Gençöz (2002), cujos resultados são perfeitamente congruentes com o modelo do afecto positivo-negativo (Watson & Tellegen, 1985) e com o modelo tripartido (Clark, Steer, & Beck, 1994; Clark & Watson, 1991), que sugerem que, apesar do afecto negativo ser um componente partilhado pela ansiedade e pela depressão, o baixo afecto positivo é específico da depressão.

Ao orientarmos a avaliação e intervenção psicológica no stress em doentes com diabetes para o afecto negativo, descuramos uma questão de



extrema importância – valorizamos aspectos como tensão, sentimentos de transtorno e de estimulação desagradável e negligenciamos a dificuldade do indivíduo em viver experiências que lhe dão prazer, que o façam sentir-se entusiasmado, activo, alerta, determinado, isto é, ignoramos essa dificuldade em viver experiências emocionais positivas.

Assim, será importante procurarmos compreender se os doentes diabéticos com sequelas crónicas revelam menor stress positivo justamente por apresentarem elevado nível de depressão e, logo, ausência de experiências emocionais positivas.

A investigação sugere que o humor pode afectar a avaliação que o indivíduo faz de determinada situação e que o aumento do afecto negativo conduz a uma diminuição do optimismo, o que significa que os indivíduos que revelam maior afecto negativo são menos capazes de imaginar de que forma as coisas positivas poderão acontecer nas suas vidas (de Ridder, Fournier, & Bensing, 2004; Dewberry & Richardson, 1990). Alguns estudos têm vindo a sugerir que os indivíduos optimistas revelam apresentar menos sintomas depressivos (Reivich & Gilham, 2003), enquanto outros referem que o optimismo está predominantemente correlacionado com o afecto positivo e o pessimismo com o afecto negativo (Marshall, Wortman, Kusulas, Hervig, & Vickers, 1992).

O optimismo, neste contexto, é percebido em termos de expectativas generalizadas de um resultado positivo mais directamente referente à pessoa, ao seu comportamento ou saúde (Oliveira, 2004). Os optimistas são as pessoas que esperam obter resultados positivos mesmo quando as situações são difíceis, considerando que os problemas na sua vida se devem a causas temporárias, específicas e externas, sentindo-se capazes e mais motivados para se moverem em direcção aos objectivos que desejam alcançar, enquanto os pessimistas poderão ser definidos como pessoas que esperam resultados negativos e que tendem a atribuir os problemas na sua vida a factores permanentes, gerais e internos (Carver & Scheier, 2002; Reivich & Guilham, 2003; Snyder, 2000; Snyder, Rand, & Sigmon, 2002).

Num estudo realizado por Scheier, Carver e Bridges (1994), estes autores constataram que existe uma relação negativa, moderada e estatisticamente significativa entre depressão e optimis-

mo, e que essa correlação negativa se mantém estatisticamente significativa mesmo quando são controladas variáveis como ansiedade-traço, mes- tria, neuroticismo e auto-estima.

A literatura sugere, ainda, que a dimensão da personalidade pessimismo-optimismo desempenha um papel importante num amplo conjunto de resultados comportamentais e psicológicos de pessoas que se estão a confrontar com adversidade (Carver et al., 1993). Segundo de Ridder et al. (2004), Oliveira (2004), e Scheier, Weintraub e Carver (1986), a investigação sugere que o optimismo pode, inclusive, ter implicações na forma como o indivíduo lida com o stress na sua vida e nas suas expectativas de obtenção de resultados positivos.

Os indivíduos optimistas diferem dos indivíduos pessimistas em relação à forma como abordam os problemas e revelam adaptar-se de forma mais favorável a importantes transições na sua vida do que estes últimos (Carver & Scheier, 2002; Carver & Scheier, 2003). As pessoas optimistas diferem das pessimistas no tipo de estratégias de *coping* que apresentam face a situações hipotéticas, mas também face a uma doença grave e a ameaças específicas à saúde. De forma geral, os indivíduos optimistas tendem a utilizar mais estratégias de *coping* de resolução de problemas do que os pessimistas e, quando a adopção desse tipo de estratégia não é possível, tendem a adoptar estratégias de aceitação, uso do humor e reestruturação positiva da situação. Os indivíduos pessimistas tendem a lidar com as situações stressantes através da negação e descomprometendo-se dos objectivos com os quais o stressor está a interferir, independentemente se alguma coisa pode ou não ser feita, desistindo com maior facilidade de os alcançar (Carver & Scheier, 2000; Carver & Scheier, 2003; Scheier et al., 1989; Scheier et al., 1986). A investigação sugere que os indivíduos optimistas adoptam estratégias de *coping* mais eficazes e que as pessoas com melhores repertórios de *coping* tendem a avaliar as situações stressantes mais como desafios do que como ameaças (Lopez, Snyder, & Rasmussen, 2003; Reivich & Gilham, 2003).

Assim, se as expectativas de resultados bem sucedidos parecem levar as pessoas a renovar os seus esforços para alcançar objectivos (Scheier et al., 1989; Scheier et al., 1986), é possível que os indivíduos diabéticos menos optimistas, ao não

se sentirem confiantes em relação ao futuro e, sobretudo, ao confrontarem-se com a adversidade, não exerçam esforços continuados no sentido de alcançar os seus objectivos, negligenciando o tratamento. É possível que ao longo do curso da sua doença, os doentes diabéticos menos optimistas vão lidando com o stresse em geral e com o stresse especificamente relacionado com a gestão da doença de formas que poderão não favorecer o bom controlo metabólico e, logo, que podem contribuir para o desenvolvimento ou agravamento de sequelas crónicas da diabetes.

Os resultados por nós encontrados num estudo anterior permitiram constatar que os doentes diabéticos com complicações crónicas da doença adoptam menos estratégias de *coping* instrumental e de *coping* por distracção, adoptando mais frequentemente estratégias de preocupação emocional (Silva, 2003), o que nos parece ser consistente com a hipótese destes doentes revelarem ser menos optimistas do que os doentes que não desenvolveram sequelas da diabetes e, logo, também menos capazes de perceberem os acontecimentos que ocorrem nas suas vidas como positivos.

A investigação sugere que os doentes com diabetes tipo 1 que são optimistas apresentam expectativas positivas em relação à potencial eficácia do tratamento e maior adesão aos auto-cuidados da doença (de Ridder et al., 2004).

Alguns estudos têm, ainda, vindo a sugerir que o optimismo poderá, também, ter efeitos directos (possivelmente fisiológicos) no indivíduo, nomeadamente no que diz respeito à reactividade cardiovascular, sendo que as pessoas optimistas revelam tensão arterial mais baixa e menor frequência de batimentos cardíacos em resposta a tarefas stressantes do que os indivíduos pessimistas (Scheier et al., 1989). Estes potenciais efeitos directos poderão também desempenhar um papel significativo no controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas da doença.

Só a realização de estudos de carácter longitudinal nos permitirá alcançar uma maior compreensão da relação entre complicações crónicas da diabetes e stresse (em particular, entre aquelas e a menor percepção de ocorrência de acontecimentos de vida positivos na vida destes doentes), bem como do papel desempenhado pela depressão e anedonia, optimismo/pessimismo, e estratégias de *coping* nessa relação.

Em conclusão, a diabetes é uma doença ainda sem tratamento absolutamente satisfatório, não sendo possível evitar totalmente o desenvolvimento de complicações crónicas nestes doentes. Sabemos que estes doentes provavelmente terão de (con)viver com as sequelas da diabetes vários anos, desde a sua manifestação até à sua morte. Urge, por isso, uma mudança desta preocupação, quase exclusiva, da Psicologia com a reparação do que é mau e desagradável na vida, isto é, com o que é negativo. Essa preocupação é, sem dúvida, essencial, mas também nos parece imprescindível que seja desenvolvido um esforço no sentido de melhorar a compreensão do que é que pode fazer com que, mesmo em condições difíceis, os doentes diabéticos percebam a sua vida como valendo a pena ser vivida e a avaliem como sendo positiva e boa, melhorando também o entendimento do que pode contribuir para que sintam que vale a pena envolverem-se activamente na gestão da sua doença, colaborando na prevenção das complicações crónicas.

## REFERÊNCIAS

- Aikens, J. E., Kiolbasa, T. A., & Sobel, R. (1997). Psychological predictors of glycemic change with relaxation training in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 302-306.
- Bradley, C. (1988). Stress and diabetes. In S. Fisher, & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress cognition and health* (pp. 383-400). Local: John Wiley & Sons Ltd.
- Bradley, C. (1994). Contributions of psychology to diabetes management. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 11-21.
- Burns, D. D., & Eidelson, R. J. (1998). Why are depression and anxiety correlated? A test to the tripartite model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (3), 461-473.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (2), 375-390.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2002). Optimism. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 231-243). USA: Oxford University Press.

- Carver, C. S., & Scheier, M. (2003). Optimism. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 75-89). USA: American Psychological Association.
- Casteleiro, V. M. (2001). *Stressful life events as predictors of Hispanic children's risk for type 2 diabetes mellitus*. Dissertation submitted to the Faculty of the University of Miami in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. Coral Gables, Florida.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Stewart, B. (1990). Cognitive specificity and positive-negative affectivity: Complementary or contradictory views on anxiety and depression? *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (2), 148-155.
- Clark, D. A., Steer, R. A., & Beck, A. T. (1994). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: Implications for the cognitive and tripartite model. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (4), 645-654.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite Model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3), 316-336.
- Cox, D. J., & Gonder-Frederick, L. A. (1992). Major developments in behavioral diabetes research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (4), 628-638.
- Czyzewski, D. (1988). Stress management in diabetes mellitus. In M. L. Russell (Ed.), *Stress management for chronic disease* (pp. 270-288). New York: Pergamon Press.
- de Ridder, D., Fournier, M., & Bensing, J. (2004). Does optimism affect symptom report in chronic disease? What are its consequences for self-care behaviour and physical functioning? *Journal of Psychosomatic Research*, 56 (3), 341-350.
- Dewberry, C., & Richardson, S. (1990). Effect of anxiety on optimism. *The Journal of Social Psychology*, 130 (6), 731-738.
- Feinglos, M. N., Hastedt, P., & Surwit, R. S. (1987). Effects of relaxation therapy on patients with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 10, 72-75.
- Fisher, E. B., Delamater, A. M., Bertelson, A. D., & Kirkley, B. G. (1982). Psychological factors in diabetes and its treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 993-1003.
- Galinha, I., & Pais Ribeiro, J. (2004). Abordagem teórica ao conceito de afecto. In J. Pais Ribeiro, & I. Leal (Eds.), *Actas do 5.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 51-58). Lisboa: ISPA.
- Gençöz, T. (2002). Discriminant validity of low positive affect: is it specific to depression? *Personality and Individual Differences*, 32, 991-999.
- Herschbach, P., Duran, G., Waadt, S., Zettler, A., Amm, C., Marten-Mittag, B. et al. (1997). Psychometric properties of the questionnaire on stress in patients with diabetes – revised (QSD-R). *Health Psychology*, 16 (2), 171-174.
- Lloyd, C. E., Dyer, P. H., Lancashire, R. J., Harris, T., Daniels, J. E., & Barnett, A. H. (1999). Association between stress and glycemic control in adults with type 1 (insulin-dependent) diabetes. *Diabetes Care*, 22 (8), 1278-1283.
- Lopez, S. J., Snyder, C. R., & Rasmussen, H. N. (2003). Striking a vital balance: developing a complementary focus on human weakness and strength through positive psychological assessment. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 3-20). USA: American Psychological Association.
- Maddux, J. E. (2002). Stopping the "Madness". In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). USA: Oxford University Press.
- Marshall, G. N., Wortman, C. B., Kusulas, J. W., Hervig, L. K., & Vickers, R. R. (1992). Distinguishing optimism from pessimism: relations to fundamental dimensions of mood and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62 (6), 1067-1074.
- Oliveira, J. H. B. (2004). *Psicologia positiva*. Porto: Edições ASA.
- Reivich, K., & Gilham, J. (2003). Learned optimism: the measurement of explanatory style. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 57-74). USA: American Psychological Association.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (5), 932-946.
- Scheier, M., Carver, C., & Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (6), 1063-1078.
- Scheier, M. F., Mathews, K. A., Owens J. F., Magoovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A., & Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1024-1040.
- Scheier, M. F., Weintraub, J. K., & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: divergent strategies of optimism and pessimism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (6), 1257-1264.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). USA: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.



Silva, I. (2003). *Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas da diabetes e sua evolução ao longo do tempo*. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Contributo para a adaptação da Life Events Survey (LES) à população diabética portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 49-60.

Snyder, C. R. (2000). Hypothesis: there is hope. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: theory, measures, and applications* (pp. 3-21). USA: Academic Press.

Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). USA: Oxford University Press.

Surwit, R. S., & Feinglos, M. N. (1983). The effect of relaxation on glucose tolerance in non-insulin-dependent diabetes. *Diabetes Care*, 6, 176-179.

Surwit, R. S., van Tilburg, M. A. L., Zucker, N., McCaskill, C. C., Parekh, P., Feinglos, M. N. et al. (2002). Stress management improves long-term glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25 (1), 30-34.

Watson, D. (1988a). Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: Their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1020-1030.

Watson, D. (1988b). The vicissitudes of mood measurement: Effects of varying descriptors, time frames, and response formats on measures of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55 (1), 128-141.

Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (3), 346-353.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-1070.

Watson, D., Clark, L. A., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strauss, M. E., & McCormick, R. A. (1995). Testing the Tripartite Model: II Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (1), 15-25.

Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98 (2) 219-235.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

## RESUMO

O presente estudo teve como objectivo perceber se existem diferenças ao nível do stress entre doentes diabéticos que sofrem de complicações crónicas da doença e doentes sem diagnóstico de sequelas e proceder a uma reflexão sobre o significado de tais diferenças. Foi avaliada uma amostra de conveniência de 316 indivíduos com diabetes, dos quais 55,4% do sexo feminino; com idades compreendidas entre 16 e 84 anos ( $M=48,39$ ;  $DP=16,90$ ); variando o seu nível de escolaridade entre zero e 17 anos ( $M=6,59$ ;  $DP=4,25$ ), dos quais 59,8% sofria de complicações crónicas da doença. Os doentes com complicações crónicas da diabetes não apresentam maior stress negativo do que os restantes doentes; contudo, apresentam menor stress positivo na sua vida ao longo do último ano. Os resultados são discutidos à luz das perspectivas teóricas actuais, nomeadamente do papel do optimismo na hipotética relação entre percepção de stress e complicações da diabetes.

*Palavras-chave:* Diabetes, stress, afecto positivo, optimismo.

## ABSTRACT

The aim of the present study is to understand and to discuss the perception of stress differences between diabetic patients with chronic complications of disease and diabetic patients without sequel of disease. Participants include 316 diabetic patients, 55.4% female, ages between 16 and 84 years of age ( $M=48,39$ ;  $DP=16,90$ ); 59.8% with chronic complications. We do not found differences between the two groups for negative stress perception; however at the level of positive stress perception patients with chronic complication shows lower perception of positive stress. Positive perception of stress events seems to be related with less sequel of disease suggesting that positive characteristics of personality like, for example, optimism, can play an important role in a hypothetical link between stress and chronic complications.

*Key words:* Diabetes, stress, positive affect, optimism.